

## Analises de revistas

---

**O descolamento obstétrico da epífise superior do umero** — Lucien Michel (Lyon) — *Revue d'Orthopédie*, n.º 3, maio 1937, pág. 201.

E' um caso que o A. teve a oportunidade de apresentar ao Congresso da Soc. Francesa de Ortopedia de 1935, em Bruxelas, e que insiste novamente por as radiografias serem uma documentação de prova, e, tambem, por haver pouca literatura, sobre o assunto. O descolamento obst. da epif. sup. do umero é um facto inconteste, contrariamente á opinião de muitos autores francêses. Ultimamente, Poli, Faldini, Scaglietti e Fresari, têm contribuido com varias observações clinicas e experimentais

**Frequência.** — E' muito pouco freqüente, muito menos que o descolamento juvenil considerado como o equivalente da luxação da espádua dos adultos.

**Patogenia.** — Deve-se tomar em consideração “duma parte a fixação da cintura escapular fetal na cintura pelvica materna; doutra parte, a constituição intrínseca do bloco epifisário”. De acôrdo com a constituição cartilaginosa do bloco epifisário umeral, pode haver a possibilidade do descolamento por meio do aparelho capsulo-ligamentoso, sem a interferencia muscular. O descolamento póde ser ad peripheriam, rotação interna da diafise e rotação externa da epífise; ou, ad latus, quando ha rotura do periostio, com adução de diafise.

**Etiologia.** — E' comum com a paralisia obstétrica. Diversas disto-cias realisam as condições patogenicas.

**Anatomia patologica.** — O descolamento póde ser parcial e subperiostico, ou total e acompanhado de larga rotura periostica com subluxação da extremidade diafisaria. A rotação dos fragmentos se faz em sentido inverso; externa para a epífise e interna para a diafise. O sentido do descolamento lateral é variavel conforme as ações traumatizantes, mais que das disposições anatomicas, podendo a diafise ficar em abdução ou adução.

**Sintomatologia.** — O quadro clinico póde apresentar-se completo: parto distocico por versão; membro pendente ao longo do corpo, com rotação interna; espádua aumentada de volume; equimose á face anterior da axila; braço em rotação interna e ligeira abdução; inerte;

crepitação (de neve) fina; mobilidade anormal; cabeça umeral no lugar; limitação da rotação externa, que é dolorosa. Corresponde aos deslocamentos completos, em que a radiografia mostra a palheta umeral luxada para cima e lateralmente (para dentro ou para fóra), são as luxações diafisioepifisárias extraglenoidéas.

Nos deslocamentos incompletos e subperiosticos os sinais se reduzem:: a impotencia do braço, simulando no inicio a uma paralisia flaccida, seguida logo de uma contratura da espadua, o braço se fixa em rotação interna contra o tronco, com o antebraço em pronação; abdução e rotação externa limitadas; espadua dolorosa; não ha equimoses. — As radiografias revelam: ora uma sub-luxação diafisioepifisária paraglenoidéa em que a palheta umeral se acha em face da glenóide, porem o seu eixo se dirige, para cima, para o acromion, ou, para baixo para a coracóide; ora uma distorsão diafisioepifisária intraglenoidéa, em que a imagem radiografica é muda nos primeiros dias, porém, ulteriormente, mostra um calo ósseo regular.

**Evolução.** — A consolidação póde fazer-se em 15 a 20 dias. O A. especifica depois as sequelas e as complicações.

**Diagnostic.** — De inicio, se deve pensar na fratura diafisária, alta, que a radiografia elimina com a luxação traumática, que não existe no recém-nascido nem na criança. Nas primeiras semanas, pelas radiografias que mostram um calo envolvente, se afastam a distorsão ou contusão simples da espadua e a paralisia obstétrica. Nos primeiros meses, o diagnostico se fará facilmente com as epifisites infecciosas agudas e a pseudoparalisia de Parrot. Mais tardiamente ainda, na criança e no adolescente, o diagnostico se fará com as sequelas da paralisia obstétrica. A luxação congenita da espadua deveria ser considerada no diagnostico diferencial, uma vez que a sua existencia é muito discutivel.

**Tratamento.** — Quando o diagnostico é feito nos primeiros dias, é preciso reduzir, e a manobra classica consiste em colocar o braço em rotação externa e abdução a 90°, com o cotovelo flexionado em angulo réto. Fixa-se em seguida esta attitude por um aparelho. E' empregada quando ha uma rotação simples, ou um deslocamento lateral para cima e para fóra. A abdução do braço é prejudicial nos deslocamentos para baixo e para dentro; que são reduzidos, após identificação radiografica, por uma rotação externa e pressão sobre a extremidade diafisária, de maneira a se obter a redução que é atestada por um verdadeiro ressalto. Depois, fixa-se em ligeira abdução, interpondo um coxim entre o braço e o torax, por meio duma faixa de Velpeau. A contenção será mantida continuamente durante 8 dias, e depois retirada uma vez por dia, durante um mês, para a limpeza da pele.

Quando o diagnostico é feito tardiamente, Galeazzi aconselha a redução suave e progressiva pela tração por pesos (200 á 500 grs.) até a abdução-rotação externa a 90°.

Quando o diagnostico é feito na fase da sequela por attitude viciosa, o tratamento cirurgico consistirá na Osteotomia umeral de Mencière.

Todos esses tratamentos serão completados pela fisioterapia: mecano e electroterapia conforme os casos.

E. J. Kanan.

**A luxação traumatica infero-interna da espadua** —  
Roger Petrignani — Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio  
1937, pág. 223.

Após definir este tipo de luxação, mais raro que a luxação antero-interna, o A. propõe a seguinte classificação:

Luxações anteriores..	$\left\{ \begin{array}{l} \text{altas intraglenoidéas} \\ \text{baixas sub e intra-} \\ \text{glenoidéas . . . . .} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{supracoracoidéa} \\ \text{intra-coracoidéa} \\ \text{infero-interna} \end{array} \right.$
Luxações inferiores..	$\left\{ \begin{array}{l} \text{sub-glenoidéa . . . . .} \\ \text{infra-glenoidéa . . . . .} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{escapular} \\ \text{l. erecta.} \end{array} \right.$
Luxações posteriores..	$\left\{ \begin{array}{l} \text{sub-espinhosa} \\ \text{retro e infratricipital} \\ \text{sub-acromial} \end{array} \right.$
Luxações superiores..	$\left\{ \begin{array}{l} \text{intra-coracoidéa} \end{array} \right.$

São as seguintes as conclusões a que chegou:

“Sob o nome de luxação infero-interna nós propomos designar um tipo relativamente raro de luxação traumatica da espadua que, mesmo pertencendo á variedade subglenoidéa, se aproxima em certos pontos da variedade antero-interna.

E’ caracterisada:

1.º — Pela **situação** ao mesmo tempo inferior e interna da cabeça em relação á cavidade glenoide.

2.º — Pelo **bloqueio** da cabeça abaixo do rebordo glenoide ao nivel duma perda de substancia constante troquiniana.

3.º — Pela **solidariedade** da omoplata e do umero com bascula do blóco capito-escapular, bascula que diminue ou suprime a abdução tão característica das luxações subglenoidéas classicas.

4.º — Pela **constancia** duma **fratura da grande tuberosidade** e a relativa frequência das **complicações nervosas** (cubital).

E. J. Kanan.

**Um caso de luxação congênita da rotula para fóra, com rotação de 90° do eixo dos dois ossos da perna sobre o eixo do femur. — Jean-Louis Mencière. —**

Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 239.

Trata-se dum menino de 12 anos que apresentava além de luxação congênita da rotula para fóra, uma rotação de 90° para fóra dos ossos da perna (em vez duma simples rotação externa), com leve flexão da perna e um pequeno geno-valgo. Havia uma integridade relativa do quadriceps.

Em um 1.º tempo praticou a tenotomia do longo biceps, do semitendinoso e do semimembranoso, e depois fez a transposição do aparelho rotuliano para deante, segundo a técnica de Albert Mouchet.

Em um 2.º tempo, 2 meses depois, realizou uma osteotomia da tibia e depois uma osteotomia do peroneo, de maneira a colocar a perna no mesmo eixo da côxa; goteira gessada durante 30 dias.

Resultado: muito bom.

E. J. Kanan.

**Um caso de fratura irreductível do colo cirurgico do umero num adolescente. — Valentim Charry —**  
Revue d'Orthopédie, n.º 3, maio 1937, pág. 244.

Trata-se duma fratura do côlo cirurgico do umero, por traumatismo directo (queda), num menino de 15 anos. Após duas tentativas infrutíferas de redução incruenta, sob anestesia, o A. resolveu intervir 5 dias depois do acidente, empregando a via de acêso deltopeitoral. O tendão do longo biceps achava-se metido entre os dois fragmentos que, uma vez libertado, permitiu a redução e o afrontamento dos dois extremos fragmentarios. Em seguida, procurou imbricar fortemente as trabeculas ósseas ao nível da fratura, dando alguns golpes de malho sobre a face posterior do cotovelo flexionado e protegido por algodão.

O A. lembrou essa técnica comparando-a com as outras, que apresentam alguns inconvenientes: protese metálica; encavilhamento central, implantação da extremidade diafisária no massiço epifisário, manutenção dos fragmentos por meio dum enxerto tibial implantado no leito que atravessasse lado a lado os fragmentos, suturas por feixes de crinas transosseas ou por outro material, o parafusamento vertical diafiso-epifisário.

E. J. Kanan.

**Luxação rétrocotiloidéa pura traumática da anca: seu diagnostico radiológico** — Louis e Paul Dambrin - *Revue d'Orthopédie*, n. 3, maio 1937, pg. 248.

É um homem que sofre um traumatismo de automóvel, apresentando uma sintomatologia de luxação supero-externa do quadril: adução, semiflexão, rotação interna. A radiografia da face revelou uma rotação da cabeça femural com encurtamento do côlo, **sem evidencia de luxação**. A radiografia de perfil mostrou uma luxação rétrocotiloidéa pura da anca, e explica os sinais apresentados. O A. salienta a importância da radiografia de perfil tão pouco usada nas afecções traumáticas do quadril.

**E. J. Kanan.**

**Fratura por decapitação do grande osso com deslocamento dorsal do corpo do osso simulando um deslocamento carpico.** — J. Pervès, A. Rigaud e L. Baudelon — *Revue d'Orthopédie*, n.º 3, maio 1937, pág. 251.

É um rapaz de 20 anos que escorrega, caindo sobre a mão em hiperflexão dorsal, apresentando um punho espessado e edemaciado, mão imóvel, formigamentos no domínio do cubital e mediano. A radiografia de face revelou uma fratura do escafoide em varios fragmentos, e outro do grande osso com o semilunar idene. A de perfil mostram que o corpo decapitado do grande osso se deslocou para trás, ficando a cabeça na concavidade do semilunar. Redução sob anestesia e gesso. Um mês mais tarde, não apresentava perturbação da sensibilidade ou motricidade dos dedos, porém os movimentos de flexão e extensão dos punhos estavam limitados. A radiografia mostra uma grande descalcificação do carpo e extremidade radial, cubital e metacarpica. A cabeça do grande osso, libertado de qualquer inserção ligamentosa, por ocasião da redução foi expelida para diante pelo corpo; sem circulação, morre, carregando-se de calcio, e podendo confundir-se como um segundo pisiforme mais externo, si os ligamentos tivessem cedido na hiperflexão dorsal. seria todo o grande osso que se deslocaria para trás.

**A correção das deformações ósseas no pé talo-paralítico** — Um processo de ressecção médiotarsica e subastragálica com retropulsão do pé e escóza escafoideá. — Pierre Bertrand — *Revue d'Orthopédie*, n.º 3, maio 1937, pág. 254.

O A. estuda as deformações ósseas no pé talus, e cita as principais operações de correção: osteotomia do calcaneo, ressecção cuneiforme

dorsal na médiotarsica, dupla ressecção, cuneiforme dorsal na médiotarsica e cuneiforme posterior na subastragálica, operação de Robert Jones, operação de Whitman.

A intervenção que utiliza deriva do estudo e da experiência destas diversas operações. É uma dupla ressecção médiotarsica e subastragálica com retropulsão do pé e formação duma escóla anterior escafoideia. Prática uma incisão arciforme, partindo de trás do maleolo externo e se recurvando adiante sobre o dorso do pé. Os tendões dos peroneiros e extensores são isolados e afastados. Abre-se a médiotarsica e resseca-se a cabeça e o cólo do astragalo, e apenas as superfícies articulares do calcâneo, escafoide e cuboide. Em seguida, depois de aberto a articulação subastragálica<sup>a</sup> ressecam-se apenas as superfícies articulares superiores do astragalo e faz-se uma ressecção cuneiforme do calcâneo de base posterior. Si fôr necessário far-se-á um encurtamento do tendão de Aquiles e uma aponevrotomia plantar complementar. Gesso durante 2 meses. Esta operação assegura uma boa retropulsão do pé como na de Whitman, porém sem movimento de lateralidade e com bom funcionamento da tibiotarsica.

**E. J. Kanan.**